



ARTÍCULO ESPECIAL

Tratamiento percutáneo de las oclusiones totales crónicas

Parte 2

Carlos E. Uribe^{a,b,c,d,*}, Mauricio Zúñiga^c, Jaime Cabrales^e, Libardo Medina^f
y Federico Saaibi^f

^a Clínica CardioVID, Medellín, Colombia

^b Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

^c Programa de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

^d Universidad CES, Medellín, Colombia

^e Hemodinamia y Cardiología intervencionista, Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia

^f Medicina Interna y Cardiología, Fundación Cardiovascular de Colombia, Floridablanca, Colombia

Recibido el 4 de abril de 2017; aceptado el 10 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Enfermedad de las arterias coronarias;
Intervención coronaria percutánea;
Stents liberadores de fármacos;
Oclusión

Resumen El tratamiento intervencionista de las oclusiones totales crónicas ha sido uno de los procedimientos más complejos para el cardiólogo intervencionista, más aun tratándose de un procedimiento que con frecuencia resulta fallido; sin embargo, en los últimos años ha habido un progreso significativo debido a la creación de técnicas novedosas de disección subintimal y de reentrada, la adopción de la técnica retrógrada y el diseño de flujogramas organizados que permitieron conceptualizar la estrategia de recanalización híbrida para el tratamiento de las oclusiones totales crónicas, a fin de alcanzar tasas de éxito nunca antes vistas. Este artículo constituye una revisión de los tratamientos disponibles para las oclusiones totales crónicas basado en la evidencia, en un esfuerzo para unificar conceptos con base en las estrategias existentes.

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Coronary artery disease;
Percutaneous coronary intervention;

Percutaneous treatment of chronic total occlusions Part 2

Abstract The interventionist treatment of chronic total occlusions has been one of the most complex procedures for interventionist cardiologists, especially since it is a procedure which frequently fails. However, in recent years there has been significant progress due to the creation

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: uribemd72@hotmail.com (C.E. Uribe).

<https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.11.013>

0120-5633/© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Drug-eluting stents;
Occlusions

of novel subintimal dissection and re-entry techniques, the adoption of the retrograde technique, and the design of organized flow charts which have allowed the conceptualization of the hybrid recanalization strategy for treating chronic total occlusions, achieving unprecedented success rates. This article reviews the available treatments for chronic total occlusions, based on the evidence, in an effort to unify concepts in terms of existing strategies.

© 2017 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El tratamiento de las oclusiones totales crónicas siempre ha sido uno de los procedimientos más complejos y difíciles para los cardiólogos intervencionistas, más aun tratándose de un procedimiento que históricamente ha tenido altas tasas de recanalización no exitosa. Pese a ello, en los últimos años ha habido un progreso considerable dado por la creación de técnicas novedosas de disección subintimal y de reentrada, la adopción de la técnica retrógrada y la creación de flujogramas organizados que permitieron conceptualizar la estrategia de recanalización híbrida para el tratamiento de las oclusiones totales crónicas, hecho que ha permitido alcanzar tasas de recanalización nunca antes vistas. Con estos logros, la técnica híbrida de recanalización de las oclusiones totales crónicas es cada vez más reproducible y está al alcance del operador habitual.

Técnicas de cruce de la oclusión total crónica

Es esencial que el laboratorio de hemodinamia cuente con un mínimo de materiales para poder intentar recanalizar una oclusión total crónica (tabla 1)¹. La técnica y decisión de dónde y cómo cruzar la oclusión total crónica es el paso más complejo. En general pueden clasificarse en tres grupos: técnica de escalamiento anterógrada, técnica de disección anterógrada con reentrada y técnica retrógrada². La manera más eficiente de agrupar todas estas técnicas es mediante el algoritmo híbrido que se explicará posteriormente, en donde la anatomía dicta la estrategia a seguir. Este algoritmo fue adoptado por el grupo de Norteamérica y es el que el Colegio colombiano de Hemodinamia también recomienda por su facilidad y practicidad³ (fig. 1). Los determinantes anatómicos más importantes para decidir anterógrado o retrógrado son: la ambigüedad o no claridad del muñón proximal, los vasos distales objetivo (target) y los vasos colaterales apropiados⁴.

Recomendación del Colegio Colombiano de Hemodinamia

Recanalización de una oclusión total crónica.

Técnica de escalamiento anterógrada

Es la técnica más simple para cruzar una oclusión total crónica. Se basa en ir cruzando la oclusión en forma anterógrada, con la utilización de guías de diferente dureza en la punta, que se cambiarán según se logre progreso o no. Se aplica esta técnica según el algoritmo híbrido adoptado en este consenso.

En general se reserva para lesiones en las que el vaso distal objetivo (target vessel) se visualiza bien, y es de buena calidad y tamaño; así mismo, cuando el muñón de la oclusión es claro y no es ambiguo (se define bien la entrada). La decisión de utilizar la técnica anterógrada de escalamiento o la técnica de disección reentrada anterógrada se basa en la longitud de la oclusión; por tanto si es mayor de 20 mm se intentará la técnica anterógrada de disección reentrada, ayudándose de un microcatéter de última generación con tejido interno de acero trenzado con marcador radiopaco (similar al Finecross –Terumo- o al catéter Corsair)^{5,6}. No se aconseja el uso de balones OTW (balón sobre la guía) debido a que la punta del balón no es radiopaca y no se tiene un control adecuado de la misma; además son menos flexibles y tienen menos empuje que los microcatéteres².

El escalamiento rápido de la guía es propuesto por el grupo de Norteamérica; se empieza por una guía polimérica suave similar a la Fielder XT (Asahi Intecc) y se progresa rápidamente a una guía con cubierta hidrofílica semidura similar a la Pilot 200 (Abbott Vascular), en especial cuando el curso de la oclusión es poco claro, tortuoso y con mal vaso objetivo (target pequeño)⁷. Por el contrario, si el curso de la oclusión es muy claro y corto (< de 20 mm), en un segmento recto sin tortuosidad, se aconseja utilizar una guía fuerte de alto gramaje, cónica, similar a la Confianza Pro 12 (Asahi Intecc)⁷. La estrategia de recanalización anterógrada se resume en la figura 2⁷.

Recomendación del Colegio Colombiano de Hemodinamia

- La manipulación de las guías de angioplastia debe apoyarse en microcatéteres sobre la guía (OTW) modernos, con matriz interna de acero trenzado (similares a Corsair, Finecross, etc). La manipulación de las guías con balones sobre la guía (OTW), solo se hace en casos de oclusión total crónica sencilla.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8676291>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8676291>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)